

回肠巨大原发性弥漫性大B细胞淋巴瘤合并肠梗阻1例

程鑫瀚*, 李 盼#

陕西省延安市人民医院胃肠外科, 陕西 延安

收稿日期: 2024年8月12日; 录用日期: 2024年9月5日; 发布日期: 2024年9月18日

摘 要

目的: 本文旨在探讨回肠巨大原发性弥漫性大B细胞淋巴瘤的临床表现、影像学特点及诊治要点。方法: 对延安市人民医院胃肠外科收治的回肠巨大原发性弥漫性大B细胞淋巴瘤合并肠梗阻1例患者进行病例回顾并复习相关文献。结果: 回肠巨大原发性弥漫性大B细胞淋巴瘤, 发病率低, 临床表现不典型; 合并肠梗阻者, 往往容易误诊及漏诊, 最终确诊要需手术探查及病理。结论: 回肠原发性弥漫性大B细胞淋巴瘤合并肠梗阻缺乏特异性临床表现, 手术为首选治疗方法, 需结合手术病理及免疫组化进行确诊。

关键词

回肠原发性弥漫性大B细胞淋巴瘤, 肠梗阻

A Case of Primary Diffuse Large B Cell Lymphoma of the Giant Ileum Complicated with Intestinal Obstruction

Xinhan Cheng*, Pan Li#

Department of Gastrointestinal Surgery, Yan'an People's Hospital, Yan'an Shaanxi

Received: Aug. 12th, 2024; accepted: Sep. 5th, 2024; published: Sep. 18th, 2024

Abstract

Objective: To explore the clinical manifestations, imaging characteristics, and key points of diagnosis

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 程鑫瀚, 李盼. 回肠巨大原发性弥漫性大 B 细胞淋巴瘤合并肠梗阻 1 例[J]. 临床个性化医学, 2024, 3(3): 858-862. DOI: 10.12677/jcpm.2024.33124

and treatment of giant primary diffuse large B-cell lymphoma in the ileum. Method: A case review and literature review were conducted on a patient with giant primary diffuse large B-cell lymphoma of the ileum and intestinal obstruction admitted to the Department of Gastroenterology at Yan'an People's Hospital. Results: The large primary diffuse large B-cell lymphoma of the ileum had a low incidence rate and atypical clinical manifestations; Patients with combined intestinal obstruction are often prone to misdiagnosis and missed diagnosis, and the final diagnosis requires surgical exploration and pathology. Conclusion: Primary diffuse large B-cell lymphoma of the ileum with intestinal obstruction lacks specific clinical manifestations, and surgery is the preferred treatment method. Diagnosis should be based on surgical pathology and immunohistochemistry.

Keywords

Primary Diffuse Large B-Cell Lymphoma in the Ileum, Mechanical Ileus

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 前言

原发性小肠恶性淋巴瘤是一种隐匿的肠疾病,起源于小肠黏膜下的淋巴滤泡,大多数小肠淋巴瘤是全身性淋巴瘤的局部表现。其病程大多不到半年,且无具体的临床症状和表现。此文拟回顾 1 例罕见成人回肠巨大的原发性弥漫性大 B 细胞型非霍奇金淋巴瘤致小肠梗阻患者临床资料,总结治疗经过,并将相关文献复习,分析该疾病特点,从而减少临床漏诊及误诊率。

2. 病历资料

患者,女,61 岁,因“发现大便带血 22 天”于 2023 年 3 月 29 日入住延安市人民医院胃肠外科。患者于 22 天前发现大便带血,每日解大便 2~3 次,呈暗红色,无反酸、嗝气,无呕血,无里急后重,于当地医院行胃肠镜:浅表性胃炎,肠镜未见明显异常;盆腔 MRI:考虑小肠间质瘤。既往无腹部手术史。入院后查体: T 36.5℃, P 110 次/min, R 20 次/min, BP 100/60 mmHg。皮肤巩膜无黄染,浅表淋巴结无肿大。心肺(-),腹膨隆,未见腹壁静脉曲张,腹肌柔软,下腹部可触及 1 大小约 12×10 cm 包块,活动度可,压痛阳性,反跳痛阴性;肝脾肋下未触及肿大,胆囊未触及、Murphy 征阴性,肝区、肾区无叩击痛。移动性浊音(-)。肠鸣音亢进,8 次/min。直肠指检(-)。辅助检查:血常规: WBC $5.66 \times 10^9/L$, RBC $2.74 \times 10^{12}/L$, Hb 81 g/L, PLT $166 \times 10^9/L$, N 67.8%, LYM 12.9%, LYM $0.73 \times 10^9/L$ 。胸部 CT: 双肺细支气管炎改变。腹部 CT: 盆腔占位性病变,多考虑小肠间质瘤,瘤体近端小肠轻微扩张,脂肪肝,十二指肠憩室(见图 1(a)、图 1(b))。

术中发现:镜下探查见腹腔内无明显腹水,距回盲部 15 cm 处见大小约 12×9×8 cm 巨大瘤体,肝脏、胆囊、胃、胰腺、回盲部、升结肠、横结肠、降结肠及乙状结肠未见明显异常,选取肿块所在肠管约 30 cm,超声刀与小肠系膜根部起始,游离肠周淋巴结,以血管钳分段钳夹切断该处肠系膜行扇形切开并不可吸收线双重结扎断端;肠钳钳夹预切除小肠段两端,切断肠管,将切除肠襻及肿块并系膜及淋巴结一并移除,远端断端吻合,行小肠-小肠端侧吻合。回肠肿瘤组织病检:回肠非霍奇金淋巴瘤,弥漫大 B 细胞型(非发生中心来源,最大直径 15 cm 伴坏死增多),瘤组织内侵及粘膜面,向外侵及肠壁浆膜层,手术两侧切缘未见瘤组织,淋巴结(5/14 枚)见瘤组织,其中:另送:“小肠系膜淋巴结(1/4 枚)、肠系膜淋巴

结(4/10 枚)，另送小肠系膜纤维组织脂肪内未见明显异常”免疫组化：11CD20(+)、LCA(+)、CD5(-)、CD10(-)、CD21(-)、CD23(-)、CD79a(+)、CyclinD1(-)、Bcl-2(+)、bc1-6(+)、MUM-1(+)、c-Myc(约 40+)、P53(个别细胞+)、CD30(弱+)、CK20(-)、AE1/AE3(-)、CD3(-)CD43(-)、ALK(D5F3)(-)、Ki-67(90%+)，原位杂交：EBER(-)。(见图 2(a)、图 2(b))。

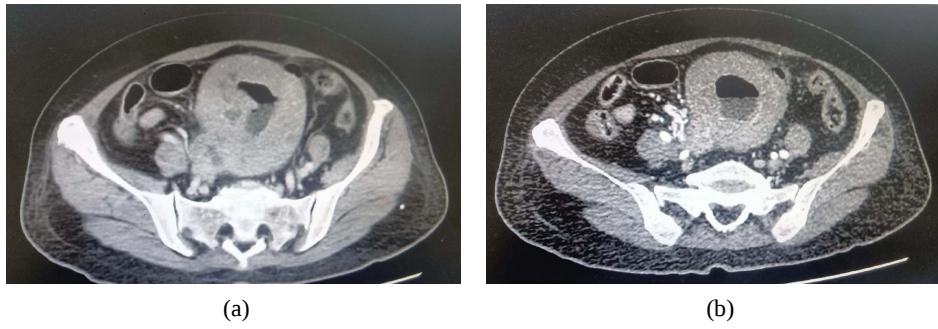


Figure 1. Abdomen CT
图 1. 腹部 CT

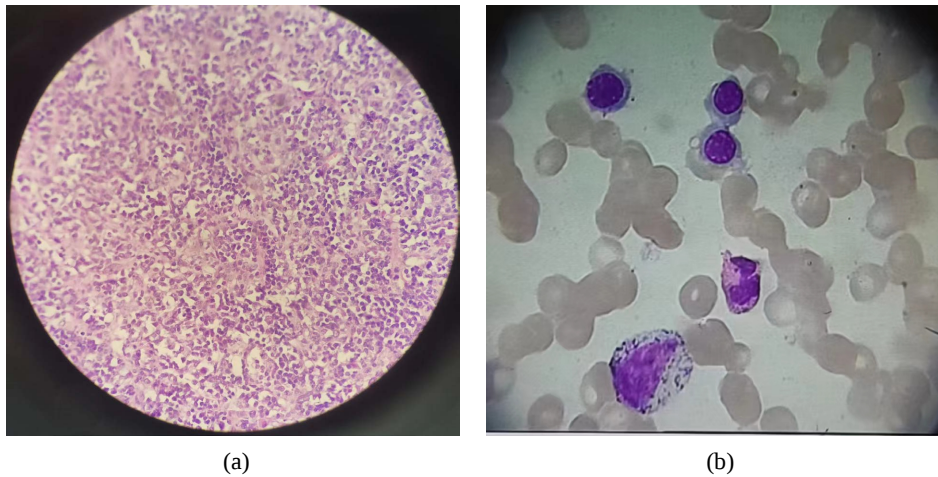


Figure 2. Pathological images
图 2. 病理图片

该例患者行腹腔镜中转开腹小肠淋巴瘤切除 + 肠周淋巴结清扫术。术后患者无发冷、发热，于术后第 3 天，肛门恢复排气，术后第 4 天开始进流食，于术后第 5 天排便。腹部疼痛明显缓解，术后第 7 天恢复至软食，患者于术后第 14 天出院。出院时，患者精神尚可，无发热、寒战，无恶心、呕吐，无腹胀及腹痛。出院诊断：回肠原发性弥漫性大 B 细胞淋巴瘤。术后 1 月开始给予 R-CHOP 化疗 6 次。

3. 讨论

原发性胃肠道淋巴瘤是一种罕见的实体瘤，占有胃肠道恶性肿瘤的 1%~4%，且其主要发生在小肠的情况更为罕见[1]。

小肠原发性恶性淋巴瘤(Primary malignant lymphoma of small intestine)是一种原发于小肠壁淋巴组织的恶性肿瘤，是最为常见的小肠恶性肿瘤，占全部小肠肿瘤的 40.0%~75.0%，患者发病早期临床症状缺乏典型特征，多数患者一旦确诊已经是中、晚期，延误了最佳治疗时机[2]。诊断为原发性者必须符合下

述标准(Dawson 修订法): ① 体检无浅表淋巴结肿大; ② 胸部 X 线片无纵隔淋巴结肿大; ③ 血液白细胞计数及分类正常; ④ 术中探查病变主要位于肠管及相应肠系膜的区域淋巴结; ⑤ 肝脾无肿瘤转移。该例患者符合上述标准, 明确诊断为小肠原发性弥漫性大 B 细胞型非霍奇金淋巴瘤[3]。在美国进行的一项为期 10 年的回顾性分析报告称, 肠道弥漫性大 B 细胞型非霍奇金淋巴瘤的男性与女性比例为 1.7:1 [4]。一项针对 40 例原发性小肠和大肠胃肠道肿瘤的研究显示, 40~60 岁患者的发病率最高[5]。

根据组织病理学发现, 弥漫性大 B 细胞型非霍奇金淋巴瘤有各种亚型。典型特征包括非典型淋巴细胞完全破坏正常结构。肿瘤细胞类似于正常淋巴母细胞, 具有大而突出的核仁和丰富的细胞质[6]。弥漫性大 B 细胞型非霍奇金淋巴瘤主要表达所有 B 细胞抗原, 包括 CD19、CD20、CD22 和 CD45, 在大多数情况下, 免疫组织化学评估显示 Ki-67 指数>80%, 增殖指数很高[7]。

原发性小肠非霍奇金淋巴瘤的治疗: 手术切除病灶配合术后化疗为其主要治疗方法, 手术可明确诊断, 切除病灶, 减轻肿瘤负荷, 预防肠出血、肠穿孔、肠套叠、肠梗阻等严重并发症[8]。CHOP 方案为治疗小肠非霍奇金淋巴瘤的标准化疗方案, 其总体缓解率达 80%~90%, 其中完全缓解率 40%~50%, 5 年生存率 30%~40% [9], 但 CHOP 方案的治愈率<50% [10]。多项回顾性研究发现, 利妥昔单抗治疗和化疗可能改善临床结果[11]。R-CHOP 组总有效率为 76%, CHOP 组总有效率为 60% [12]。

总之, 结合本例个案报道可见, 早期诊断对于小肠弥漫性大 B 细胞型非霍奇金淋巴瘤的治疗非常重要, 积极的外科手术干预联合具有针对性的化疗是改善预后的有效途径。

声 明

该病例报道已获得病人的知情同意。

参考文献

- [1] Ghimire, P. (2011) Primary Gastrointestinal Lymphoma. *World Journal of Gastroenterology*, **17**, 697-707. <https://doi.org/10.3748/wjg.v17.i6.697>
- [2] 刘静, 焦俊, 张英俊, 等. 小肠肠壁增厚的多层螺旋 CT 小肠造影征象分析和诊断价值[J]. 临床放射学杂志, 2015, 34(12): 1919-1923.
- [3] Dawson, I.M.P., Cornes, J.S. and Morson, B.C. (1961) Primary Malignant Lymphoid Tumours of the Intestinal Tract. Report of 37 Cases with a Study of Factors Influencing Prognosis. *British Journal of Surgery*, **49**, 80-89. <https://doi.org/10.1002/bjs.18004921319>
- [4] Warrick, J., Luo, J., Robirds, D., Branson, J., Frater, J.L., Kreisel, F., et al. (2012) Gastrointestinal Lymphomas in a North American Population: Clinicopathologic Features from One Major Central-Midwestern United States Tertiary Care Medical Center. *Diagnostic Pathology*, **7**, Article No. 76. <https://doi.org/10.1186/1746-1596-7-76>
- [5] Li, B., Shi, Y., He, X., Zou, S., Zhou, S., Dong, M., et al. (2008) Primary Non-Hodgkin Lymphomas in the Small and Large Intestine: Clinicopathological Characteristics and Management of 40 Patients. *International Journal of Hematology*, **87**, 375-381. <https://doi.org/10.1007/s12185-008-0068-5>
- [6] De Paepe, P., Achten, R., Verhoef, G., Wlodarska, I., Stul, M., Vanhentenrijk, V., et al. (2005) Large Cleaved and Immunoblastic Lymphoma May Represent Two Distinct Clinicopathologic Entities within the Group of Diffuse Large B-Cell Lymphomas. *Journal of Clinical Oncology*, **23**, 7060-7068. <https://doi.org/10.1200/jco.2005.15.503>
- [7] Ottensmeier, C.H. and Stevenson, F.K. (2000) Isotype Switch Variants Reveal Clonally Related Subpopulations in Diffuse Large B-Cell Lymphoma. *Blood*, **96**, 2550-2556. <https://doi.org/10.1182/blood.v96.7.2550>
- [8] 邓宁, 胡庆芬, 张珑维. 小肠原发性弥漫性大 B 细胞型非霍奇金淋巴瘤致小肠机械性肠梗阻, 回肠-回肠肠套叠 1 例[J]. 中国社区医师, 2019, 35(18): 17-18.
- [9] Ottensmeier, C.H. and Stevenson, F.K. (2000) Isotype Switch Variants Reveal Clonally Related Subpopulations in Diffuse Large B-Cell Lymphoma. *Blood*, **96**, 2550-2556. https://doi.org/10.1182/blood.v96.7.2550.h8002550_2550_2556
- [10] Cheson, B.D. and Leonard, J.P. (2008) Monoclonal Antibody Therapy for B-Cell Non-Hodgkin's Lymphoma. *New England Journal of Medicine*, **359**, 613-626. <https://doi.org/10.1056/nejmra0708875>

- [11] Pfreundschuh, M., Kuhnt, E., Trümper, L., Österborg, A., Trneny, M., Shepherd, L., *et al.* (2011) Chop-Like Chemotherapy with or without Rituximab in Young Patients with Good-Prognosis Diffuse Large-B-Cell Lymphoma: 6-Year Results of an Open-Label Randomised Study of the Mabthera International Trial (MInT) Group. *The Lancet Oncology*, **12**, 1013-1022. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(11\)70235-2](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(11)70235-2)
- [12] 林桐榆, 张红雨, 黄岩, 等. R-CHOP 与 CHOP 方案治疗初治弥漫大 B 细胞型淋巴瘤在中国的多中心随机对照研究[J]. 癌症, 2005, 24(12): 1421-1426.